

Effect of Family-based Cognitive Behavioral Therapy in Modification of Self-image Associated with Obesity among Children

Esmat Bayat¹,
Isaac Rahimian Boogar²,
Seyavash Talepasand³,
Parsa Yousefichaijan⁴,
Zahra Hamidi⁵

¹ MSc Student in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

² Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

³ Associate Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Pediatric Nephrology, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

⁵ MSc Student in Nutrition in Public Science, School of Public Health, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran

(Received August 15, 2015 Accepted February 2, 2015)

Abstract

Background and purpose: The purpose of this study was to investigate the effect of family-based cognitive behavioral therapy in modification of self-image associated with obesity in children.

Materials and methods: A randomized controlled trial was performed in children with obesity (BMI \geq 95th percentile) aged 8-15 years old. Using convenience sampling, the participants were recruited from Children Hospital and Morsali clinic in Arak, Iran. They were randomly assigned to either the experimental group (n= 15) or control group (n= 15). The children in experimental group received family-based cognitive behavioral therapy (6 group sessions) and their parents attended 5 group sessions. All participants completed Body Parts Satisfaction Scale-Revised (BPSS-R) and Standard Figural Stimuli Scale (SFSS) in pretest, posttest and follow-up. BMI was calculated in all three stages.

Results: Family-based cognitive-behavioral therapy was found effective in improving the body parts satisfaction (P=0.023) and body image satisfaction (P=0.0001). The improvement maintained only in body image at follow-up (P=0.0001).

Conclusion: According to these results, family-based cognitive behavioral therapy is effective in modification of self-image in children.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT2014010116029N1)

Keywords: cognitive behavior therapy, body image, obesity, children

تأثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان

عصمت بیات^۱

اسحق رحیمیان بوگر^۲

سیاوش طالع پسند^۳

پارسا یوسفی چایجان^۴

زهره حمیدی^۵

چکیده

سابقه و هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده مدار بر اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی بود. ۳۰ کودک مبتلا به عارضه چاقی در بازه سنی ۸ تا ۱۵ سال و با شاخص توده بدنی بیش از صدک ۹۵ به صورت دردسترس از میان کودکان مراجعه کننده به بیمارستان اطفال و درمانگاه مرسل در شهرستان اراک انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه مداخله (تحت درمان شناختی رفتاری خانواده مدار شامل ۶ جلسه گروهی برای کودکان و ۵ جلسه برای والدین، ۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک) تقسیم شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه رضایت از اعضای بدن و مقیاس محرک های تصویری استاندارد را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) تکمیل کردند و شاخص توده بدنی آن ها در هر سه مرحله اندازه گیری شد.

یافته ها: درمان شناختی رفتاری خانواده مدار به تغییراتی در رضایت از اعضای بدن ($p=0/023$) و تصویر بدن ($p=0/0001$) منجر شد. که این اثربخشی در مرحله پیگیری فقط در مولفه تصویر بدن ماندگار بود ($p=0/0001$).
استنتاج: برنامه درمان شناختی رفتاری خانواده مدار روش مؤثری برای اصلاح تصویر خود کودکان مبتلا به چاقی است.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی: IRCT2014010116029N1

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری خانواده مدار، تصویر خود، کودکان مبتلا به چاقی

مقدمه

خود مشکلاتی را برای فرد ایجاد می کند (۲). اغلب چاقی و اضافه وزن با احساس زشتی، کند ذهنی و خودکنترلی پایین همراه است که موجب خودانگاره منفی و انزوای اجتماعی کودک چاق می شود. این انزوای اجتماعی از

تصویر خود به عنوان ادراک کلی هر شخص از خودش تعریف می شود و نقش مهمی در عملکردهای روانشناختی فرد دارد (۱) خودانگاره بدنی در پیامدهای روانشناختی و اجتماعی چاقی اهمیت دارد که به نوبه

E-mail: i_rahiman@semnan.ac.ir

مؤلف مسئول: اسحق رحیمیان بوگر- سمنان: دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳. دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۴. دانشیار، گروه نروپژوی اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۹/۱۱ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۱۱/۱۳

این جهت که کودک از خوردن به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای استفاده می‌کند، موجب تشدید چاقی می‌شود و ممکن است منجر به استمرار سبک زندگی ناسالم شود (۳). اختلاف بین وزن واقعی و وزن مطلوب بدن و عدم رضایت از این اختلاف منجر به اقدام برای تنظیم وزن می‌گردد (۴). والدین و همسالان، دو منبع مهم نفوذ اجتماعی کودکان هستند و نقش مهمی در رشد تصویر خود کودکان دارند (۵). اما تحقیقات اندکی در مورد ارزیابی واکنش والدین نسبت به وضعیت وزن کودکان (به عنوان مثال، پذیرش، نگرانی یا انتقاد) و تاثیر این واکنش‌ها در تصویر خود کودکان انجام شده است (۶،۵). با این حال، پژوهش‌ها نشان می‌دهد واکنش والدین میانجی مهمی در رابطه بین وزن و تصویر خود کودک است و در طی سال‌های پیش دبستانی، حمایت آن‌ها در رشد خودانگاره بسیار مؤثر است (۵). با توجه به افزایش شیوع چاقی در دوران کودکی و تاثیر آن بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد و هم چنین بر جامعه، پیشگیری و درمان چاقی و مولفه‌های مرتبط با آن در کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است (۳) پیشینه پژوهشی نشانگر محدودیت‌هایی در زمینه بررسی اثربخشی درمان‌های روانشناختی در اصلاح خودانگاره کودکان مبتلا به چاقی است. در پژوهش ابوالقاسمی و جعفری (۷) اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی را بر تصویر بدنی و خودکارآمدی دختران مبتلا به پرخوری عصبی بررسی نمودند، نتایج حاکی از بهبود تصویر بدنی افراد بود. در پژوهشی که تاثیر درمان شناختی رفتاری را روی تصویر بدنی کودکان ایرانی مبتلا به سرطان بررسی نمودند نتایج حاکی از عدم اثربخشی این مداخله بود. یکی از علل احتمالی آن در نظر نگرفتن نقش و حمایت خانواده‌ها در این امر مطرح شد (۸). در شواهد پژوهشی دیگر از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود نارضایتی از تصویر بدن در افراد چاق حمایت می‌کنند (۹). سبک و الگوی زندگی فرد در ایجاد سلامت فکر و بروز اختلال‌های روانپزشکی تاثیر دارد. تغذیه، فعالیت‌ها، افکار و باورهای افراد عناصر مؤثر بر سبک

زندگی هستند (۱۰،۱۱). شواهد نشان می‌دهند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده باعث بهبود سطح کیفیت زندگی و مولفه‌های مرتبط با آن هم چون سلامت روانی، شادکامی و برقراری تعاملات مناسب اجتماعی در کودکان چاق می‌شود (۱۲) و هم چنین این درمان سبب بهبود وضعیت رژیم غذایی و کاهش شکایات جسمانی در نوجوانان مبتلا به اضافه وزن و چاقی می‌شود (۱۳). مشارکت و همکاری تمام اعضای خانواده صرف نظر از نحوه درمان به کار رفته، بسیار مهم است (۱۴). برای درمان چاقی کودکان، مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی، به همراه درگیر کردن و مشارکت والدین، بر مراقبت‌های استاندارد و خودیاری ارجح است (۳). در این راستا شواهد نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در بهبود وضعیت کودکان مبتلا به اختلال وسواس جبری مؤثر می‌باشد (۱۵). به طور خلاصه برای درمان مشکلات کودکان چاق بیش تر مداخلات چند رشته‌ای توصیه می‌شود که بایستی شامل هر سه عنصر تغییر رژیم غذایی، ورزش و آموزش شناختی رفتاری باشد (۱۶). از آن جا که چاقی با ایجاد مشکلاتی همچون اختلال تصویر بدن، می‌تواند اثرات وخیمی را روی روان فرد به جای بگذارد، شناخت عوامل مؤثر بر چاقی کودکان و حذف و یا کاهش آن‌ها و هم چنین تقویت الگوهای صحیح زندگی می‌تواند راهی مؤثر برای مقابله با این مشکل باشد. از این رو، با توجه به موارد فوق و جایگاه ویژه کودکان به عنوان یکی از مهم ترین گروه‌ها برای برنامه‌ریزی مداخله‌ای باید به دنبال یک درمان کارآمد برای این افراد بود. اهمیت نقش والدین در شکل گیری تصویر خود کودکان (۱۷،۱۸) و هم چنین عدم توجه به عوامل خانوادگی در درمان کودکان (۱۹،۲۰)، بیانگر وجود یک خلاء پژوهشی در این زمینه است علاوه بر این، اگرچه از نظر تئوری درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان مؤثر به نظر می‌رسد (۲۱،۲۲)، اما طبق بررسی‌ها نتایج پژوهشی مستحکمی در این زمینه در

ایران یافت نشد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری خانواده مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان بود.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر برگرفته از بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد است که پس از تصویب کمیته تحصیلات تکمیلی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان با کد IRCT2014010116029N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردید. طرح پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با گروه کنترل و پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش کودکان مبتلا به چاقی مراجعه کننده به بیمارستان اطفال و درمانگاه مرسلی در شهرستان اراک بودند. حجم نمونه پژوهش ۳۰ کودک مبتلا به چاقی بود که به روش در دسترس انتخاب و با انتساب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک های ورود به این مطالعه بازه سنی ۸ تا ۱۷ سال و شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بود. بیماری های پزشکی و اختلالات روانشناختی زمینه ساز چاقی، دریافت مداخلات دیگر با تمرکز بر کاهش وزن و اصلاح خودانگاره معیوب از ملاک های خروج از پژوهش بودند. شرکت کنندگان از نظر سن و وضعیت اقتصادی همگن و از نظر جنس نیز همتا شده بودند. درمان برگرفته از مداخله شناختی رفتاری خانواده مدار Vos و همکاران (۳) بود. پس از ملاقات کودکان و خانواده های آنها با کارشناس تغذیه، متخصص اطفال و روانشناس در جلسه گزینش، شیوه زندگی، میزان تحرک و ورزش، سابقه وزن و رژیم غذایی آنها بررسی و مصاحبه بالینی ساختاریافته با کودکان (KID-SCID) انجام گردید. بعد از کسب رضایت از والدین، ۴۰ نفر از افراد واجد ملاک های ورود به مطالعه انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل (۲۰ نفر) گماشته شدند. اما قبل از شروع جلسه اول

درمان به دلیل تعطیلی مدارس و فاصله زمانی بین جلسه گزینش و جلسه اول نمونه دچار افت شد و تعداد شرکت کنندگان به ۱۵ نفر در هر گروه کاهش یافت. درمان در یک فاز فشرده دو ماهه در بیمارستان امیرکبیر اراک توسط پژوهشگر طی ۶ جلسه گروهی ۲/۵ ساعته برای دو گروه کودکان ۸ تا ۱۰ سال و ۱۱ تا ۱۵ سال و در پنج جلسه برای والدین (مادران) و یک جلسه مشترک برای والدین و کودکان برگزار شد. پیگیری نیز بعد از اتمام مداخله و به مدت دو ماه بود. معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر حفظ اسرار شرکت کنندگان و امکان ترک پژوهش در هر مرحله ای از درمان برای تمامی شرکت کنندگان برقرار بود. به گروه کنترل جهت دریافت مداخله پس از اتمام مرحله پیگیری اطمینان داده شد.

ساختار جلسات کودکان به شرح زیر بود:

جلسه اول: بیان انتظارات از درمان، اهمیت انجام تکالیف روزانه، آموزش شیوه پایش غذایی روزانه، شرح سیستم چراغ راهنمایی غذایی معرفی اعضای گروه به یکدیگر، اصول تنظیم وزن و توازن انرژی و مشخص نمودن اهداف درمانی قابل دست یابی.

جلسه دوم: آموزش عادت های صحیح غذا خوردن، انتخاب برنامه غذایی برای کودکان.

جلسه سوم: آموزش تکنیک های خودکنترلی، خودتنظیمی، کنترل محرک، خودپاداش دهی، مهارت های حل مساله و اهمیت ورزش کردن.

جلسه چهارم: آموزش سبک های مقابله ای در برخورد با دیگران و شیوه شناسایی و تصحیح خطاهای فکری.

جلسه پنجم: پرداختن به تصویر تن به عنوان یک مانع مهم در کاهش وزن، توضیح دور معیوب نارضایتی از تصویر تن و افزایش پرخوری و آموزش کنار آمدن با هیجان ها بدون استفاده از غذا به عنوان راه کار مقابله ای.

جلسه ششم: توضیح در رابطه با افزایش فعالیت و تغییرات بیشتر در عین پذیرش خویشتن، ایجاد سبک زندگی فعال و آموزش تکنیک های پیشگیری از عود

ساختار جلسات والدین به شرح زیر بود

جلسه اول: گفت و گو در مورد برنامه درمانی کودکان و انتظارات آن‌ها از درمان، ارائه اطلاعات راجع به تغذیه سالم، مقدار، زمان و مکان خوردن، آموزش نحوه پایش غذایی روزانه کودکان

جلسه دوم: آموزش نحوه بازخورد صحیح، حمایت و تقویت مثبت از سوی والدین، تشویق به ورزش و فعالیت برای همه اعضای خانواده و نظارت بر ورزش کودکان

جلسه سوم: آموزش سبک فرزندپروری سالم و ایجاد سبک زندگی سالم از طریق ایجاد رفتارهای سالم

جلسه چهارم: توضیح علت‌های روانی چاقی، گفتگو راجع به تصویر بدنی کودکان و بازخورد والدین در رابطه با این موضوع

جلسه پنجم: گفتگو در رابطه با نقش تک تک اعضای خانواده در درمان، تکرار مباحث جلسات گذشته و پاسخ به سوالات والدین.

کودکان و والدین در جلسه مشترک پایان دوره درمان را جشن گرفتند. غذاهای سالم برای کودکان در نظر گرفته شد و به کودکان آموزش داده شد چگونه با موقعیت‌های مشکل ساز (مناسبت‌ها و مهمانی‌ها) مقابله کنند. گروه کنترل نیز در اولین جلسه مشاوره تغذیه و توصیه‌هایی راجع به فعالیت بدنی دریافت نمودند، اما مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده را دریافت نکردند. هر دو گروه مقیاس رضایت از اعضای بدن و محرک‌های تصویری استاندارد را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون (پس از دو ماه) و پیگیری (پس از دو ماه از اتمام مداخله) تکمیل کردند و شاخص توده بدنی برای آن‌ها در هر سه مرحله اندازه گیری شد.

برای گردآوری داده‌های پژوهش، از ابزارهای زیر استفاده شد:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات کودکان در DSM-IV (KID-SCID): این ابزار یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که براساس SCID طراحی شده

است و توسط متخصصین مجرب اجرا می‌گردد (۲۴، ۲۳). در حمایت از روایی و پایایی Matzner KID-SCID و همکاران میزان کاپا را برای پایایی آزمون و بازآزمون در اختلالات رفتاری مخرب از ۰/۶۳ تا ۰/۸۴ و در اختلالات اضطرابی از ۰/۴۴ تا ۱/۰ گزارش کردند (۲۵). Trimbremont و همکاران نیز در پژوهش خود پایایی بین آزماینده را سنجیدند که نشان گر توافق مطلوب بین ایشان بود (۲۵).

شاخص توده بدنی (Body Mass Index: BMI): وزن کودکان با لباس سبک و بدون کفش با استفاده از ترازوی پزشکی seca و قد آن‌ها با متر نواری و برحسب سانتی متر اندازه گیری شد. سپس شاخص توده بدن از تقسیم وزن به کیلوگرم بر مجذور قد به متر محاسبه گردید و از منحنی صدک BMI استفاده شد.

مقیاس تجدید نظر شده رضایت از اعضای بدن: مقیاس تجدید نظر شده رضایت از اعضای بدن (Body Parts Satisfaction Scale-Revised (BPSS-R)) (Petrie و Austin، ۱۹۹۷) نسخه اصلاح شده BPSS است که توسط برسچید، والستر و بورنستد (۲۶) طراحی شده است و میزان نگرانی در مورد شکل بدن را اندازه می‌گیرد. نسخه اصلی BPSS شامل ۲۴ قسمت از بدن بود. پتری و اوستین تعداد آن‌ها را به ۱۴ گویه کاهش داده و فقط گویه‌هایی که بیشترین رابطه را با نارضایتی از بدن داشتند، حفظ شدند (۲۶). مقیاس BPSS-R شامل ۱۵ گویه در مورد ده نقطه از بدن می‌باشد که شرکت کنندگان میزان رضایت خود را از بدنشان مشخص می‌کنند. شرکت کنندگان با استفاده از فرمت لیکرت، اعضای بدن مانند شانه‌ها، باسن، ران‌ها، پاها، و شکم را از ۱ (بسیار ناراضی) تا ۶ (بسیار راضی) ارزیابی می‌کنند. از جمع اندازه گویه‌ها برای هر یک از عامل‌ها و تقسیم بر ۷، عامل ۱ (رضایت از بدن) و تقسیم بر ۳، عامل ۲ (رضایت از چهره) و از حاصل جمع نمره‌های این دو عامل نمره کل رضایت از بدن به دست می‌آید. روایی همگرایی گویه "رضایت کلی از اندازه و شکل

بدن" که بر اساس تحقیقات قبلی اضافه شده است، با نمره کل رضایت از بدن برابر با ۰/۷ بود (۲۶). همسانی درونی برای BPSS-R با آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ برای رضایت از بدن و ۰/۷۲ برای رضایت از چهره مناسب تر است. در این مطالعه آلفای کرونباخ ۰/۸۷ (قبل از سنجش) و ۰/۹۱ (بعد از سنجش) برای رضایت از بدن و ۰/۶۸ (قبل از سنجش) و ۰/۷۵ (بعد از سنجش) برای رضایت از چهره بود (۲۶). روایی سازه از طریق همبستگی های معنی دار بین میانگین نمره های رضایت از بدن برای عامل های رضایت از بدن و رضایت از چهره با (آ) پرسشنامه روابط چند بعدی بدن- خود (به ترتیب $r=0.75$ و $r=0.43$ ؛ Mikulka و Cash، ۱۹۹۰) (ب) پرسشنامه شکل بدن (به ترتیب $r=0.75$ و $r=0.34$ ؛ Cooper، ۱۹۹۳) (ج) پرسشنامه نگرانی تصویر بدن (به ترتیب $r=0.75$ و $r=0.34$ ؛ Cash، ۱۹۹۴) (د) مقیاس تجدیدنظر شده نگرانی رژیم غذایی (به ترتیب $r=0.60$ و $r=0.27$ ؛ Herman و Polivy، ۱۹۸۰) (ه) مقیاس پرخوری (به ترتیب $r=0.37$ و $r=0.26$ ؛ Clement و Hawkins، ۱۹۸۰) نشان داده شد. نمرات پایین تر در رضایت از بدن نیز به طور معناداری با BMI ($r=0.32$) و مقیاس تجدیدنظر شده نوسان وزن ($r=0.48$ ؛ Herman و Polivy، ۱۹۸۰) همبستگی داشت (۲۶). اعتبار محتوایی و صوری مقیاس فوق با نظر دو متخصص تایید شد و پایایی مقیاس با بررسی ضرایب همسانی به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب مقیاس است.

مقیاس محرک های تصویری استاندارد

این مقیاس شامل ۹ تصویر از دختران و پسرانی می شود که از نظر اندامی در اندازه های مختلفی، از اندازه بسیار کم وزن تا بسیار سنگین وزن هستند. و به وسیله استنکارد برای مطالعه چاقی و لاغری ساخته شد (۲۷). این تصاویر به شرکت کنندگان ارائه می گردد و از آن ها خواسته می شود تا تعیین کنند کدام تصویر به

وضعیت اندامی او شبیه تر است و در سوال دیگری از او پرسیده می شود که دوست دارد چگونه دیده شود و تفاوت بین پاسخ به این دو سوال، میزان رضایت فرد را نسبت به بدنش نشان می دهد (۲۷). به منظور بررسی روایی سازه و نیز ساختار عاملی این آزمون، از شیوه آماری تحلیل عاملی و روش تحلیل مولفه های اصلی استفاده شد. براساس این تحلیل مقدار عددی ضریب KMO، برابر با ۰/۶۳ و شاخص k^2 در آزمون بارتلت ۷۳۹/۲۵ به دست آمد که در سطح ($p<0.001$) معنی دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. برای بررسی پایایی ۵۰ نفر از آزمودنی ها بعد از سه هفته مورد بازآزمایی قرار گرفتند. ضریب همبستگی به دست آمده میان دو بار آزمون برابر با ۰/۷۹ بود. هم چنین از روش ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب حاصل برای این مقیاس ۰/۷۵ بود (۲۷). تجزیه و تحلیل داده های گردآوری شده با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و به کمک روش های آمار توصیفی و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه های مکرر انجام گرفت.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ کودک مبتلا به چاقی (۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه مداخله) در دامنه سنی ۸ تا ۱۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی گروه کنترل 10 ± 1.92 سال و میانگین سنی گروه مداخله 11 ± 2.50 سال بود. هم چنین در هر دو گروه ۱۱ دختر (۷۳/۴ درصد) و ۴ پسر (۲۶/۶ درصد) شرکت داشتند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد رضایت از اعضای بدن و تصویر تن آزمودنی ها را در سه مرحله ارزیابی به تفکیک گروه کنترل و مداخله نشان می دهد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه های تکراری، ابتدا پیش فرض های آن از جمله آزمون ام باکس بررسی شد. جدول ام باکس این فرض را مورد آزمون

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد رضایت از بدن و

تصویر تن به تفکیک گروه کنترل و آزمون

مؤلفه ها	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از بدن	کنترل	پیش آزمون	۳/۷۴	۰/۶۵
		پس آزمون	۳/۴۰	۰/۵۳
		پیگیری	۳/۵۵	۰/۴۷
		پیش آزمون	۳/۳۶	۰/۷۴
		پس آزمون	۳/۹۱	۰/۶۲
تصویر تن	کنترل	پیش آزمون	۳	۱/۱۳
		پس آزمون	۳/۶۶	۰/۷۲
		پیگیری	۳/۵۳	۰/۹۱
		پیش آزمون	۲/۹۳	۱/۰۳
		پس آزمون	۲/۰۶	۱/۱۶
مداخله	مداخله	پیش آزمون	۳/۷۴	۰/۵۶
		پس آزمون	۲/۱۳	۰/۷۴
		پیگیری	۲/۱۳	۰/۷۴
		پیش آزمون	۲/۱۳	۰/۷۴
		پس آزمون	۲/۱۳	۰/۷۴

پیگیری ($p=0/137$ و $F=2/345$). بنابراین با توجه به رعایت مفروضه‌ها، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های تکراری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. طبق جدول شماره ۲، یافته‌ها نشان می‌دهد که اثر زمان اندازه‌گیری بر ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد بررسی معنی‌دار بود ($\lambda=0/335$ ، $p<0/001$ ، $F=7/608$ ، $\eta^2=0/665$). نتایج این تحلیل با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری نشان داد که این مدل‌ها در بررسی بین گروهی (گروه) و درون گروهی (زمان و اثر تعاملی زمان و گروه) بر مؤلفه‌های مورد بررسی اثر معنی‌داری دارد. براساس این نتایج به بررسی معنی‌داری و عدم معنی‌داری کل مدل و نیز تأثیر جداگانه متغیر مستقل بر متغیر وابسته خواهیم پرداخت. براساس نتایج جدول شماره ۳ مشخص شد که درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار تنها بر بهبود تصویر تن اثر داشته است و رضایت از اعضای بدن اثر معنی‌داری نداشته است. مقایسه زوجی اثر تعاملی زمان و گروه در مؤلفه رضایت از اعضای بدن نشان داد در مرحله پیش از مداخله بین دو گروه تفاوت اولیه معنی‌داری وجود نداشته است ($p=0/156$) اما در مرحله پس آزمون تفاوت بین دو گروه معنی‌دار به دست آمد ($p=0/023$). این یافته حاکی از آن است که مداخله آزمایشی بر رضایت از اعضای بدن اثر داشته است. به هر حال مقایسه دو گروه در مرحله پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) نشان دهنده عدم تفاوت معنی‌دار بین هر دو آن‌ها است ($p=0/328$). به این ترتیب، شواهدی درمورد ماندگاری اثر مداخله در دسترس نیست. نمودار شماره ۱ میانگین مؤلفه رضایت از اعضای بدن را در سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: نتایج آزمون‌های چندمتغیره جهت بررسی معنی‌داری اثر بین گروهی و درون گروهی

اثر	ارزش	F	سطح معنی داری	مجذور اتا		
بین گروهی	گروه	لامبدای ویلکز	۰/۵۶۲	۶/۵۴۴	۰/۰۰۲	۰/۴۳۸
درون گروهی	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۳۳۵	۷/۶۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
	زمان و گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۹۷	۳۵/۵۴۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳

قرار می‌دهد که آیا ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. نتایج آزمون ام باکس با توجه به میزان $p=0/605$ و $F=0/930$ نشان داد، که ماتریس کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف با یکدیگر برابر هستند. در گام بعدی برای استفاده از نتایج مربوط به تحلیل واریانس چند متغیری پیش فرض دیگری از آن یعنی مفروضه کرویت بررسی شد. نتایج آزمون موچلی برای هر دو مؤلفه مورد بررسی معنی‌دار بود ($p<0/05$). این بدان معنی است که مفروضه کرویت برای این مؤلفه‌ها صادق نیست. بنابراین برای رعایت این پیش فرض از اصلاح درجه آزادی استفاده شد. نتایج آزمون گرین هاوس گیسر در بررسی اثر درون آزمودنی‌ها در مؤلفه رضایت از اعضای بدن ($p<0/001$ و $F=24/889$) و برای مؤلفه تصویر تن ($p<0/001$ و $F=13/291$) به دست آمد. همچنین از آزمون لون جهت آزمون برابری واریانس‌های خطای متغیر زمان در مراحل مختلف آزمایش استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که واریانس خطا در مراحل مختلف مداخله یکسان است. (پیش آزمون رضایت از بدن ($p=0/860$ و $F=0/032$ ، پس آزمون $p=0/910$ و $F=0/013$) و پیگیری ($p=0/551$ و $F=0/364$)؛ پیش آزمون تصویر تن ($p=0/432$ و $F=0/636$ ، پس آزمون ($p=0/450$ و $F=0/586$ و

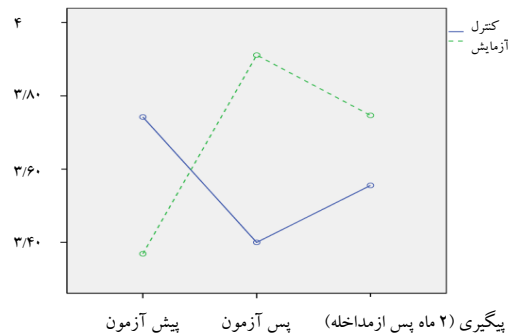
بحث

پیرو هدف مطالعه حاضر مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری خانواده مدار در اصلاح تصویر خود مرتبط با چاقی در کودکان یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله حاضر بر بهبود رضایت از اعضای بدن اثربخش بوده اما اثر آن تداوم نداشته است. نتایج پژوهش با پژوهش‌های Butters و Cash (۲۸)، almeira و همکاران (۲۹)، Marco و همکاران (۳۰) همسو است. این پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در تغییر جنبه‌های شناختی و عاطفی ناکارآمد تصویر بدنی منفی را تایید کردند. پژوهش Josephson و Diamond (۳۱)، نشان داد برای بسیاری از اختلالات، درمان‌های خانواده‌مدار یک مداخله موثر می‌باشد. درگیر کردن والدین در روند درمان و کاهش الگوهای رفتاری ناسالم در محیط خانواده منجر به تعامل بهتر در درمان، اثربخشی و حفظ دستاوردهای درمان می‌شود (۳۰، ۳۱). خودنگاره مفهومی چندبعدی است و رضایت از اعضای بدن یکی از مولفه‌های آن به شمار می‌آید (۵). نارضایتی از بدن به عنوان یک عامل خطر مهم در اختلال خوردن به شمار می‌رود و در درک رفتارهای کاهش وزن اهمیت دارد (۳۲-۳۴). در میان افراد بسیار چاقی که به دنبال جراحی برای رفع مشکل خود هستند، بهبود ظاهر بدنی و نه سلامتی، محرک اصلی برای کاهش وزن است (۳۵). درمان نارضایتی از تصویر بدن از روی مدل درمان شناختی رفتاری ترسیم شده است. بیشتر مطالعات از اثربخشی این درمان حمایت می‌کنند (۲۹، ۱۳، ۹، ۳).

یافته‌های پژوهش Pallan و همکاران (۳۶) از این ایده حمایت کرد که حتی در سنین پایین، کودکان از اندازه بدن خود و برخی هنجارهای اجتماعی آگاهی دارند و کودکان دارای اضافه وزن درجات بالایی از نارضایتی از بدن را تجربه می‌کنند. به‌طوری‌که بین چاقی، نارضایتی از شکل بدن، مشکلات بهداشت روان و رفتارهای ناسالم ارتباط وجود دارد (۳۷). یافته‌های مطالعه Ozmen و همکاران (۳۸) نشان داد بهزیستی روانی نوجوانان بیشتر به

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در مؤلفه‌های رضایت از اعضای بدن و تصویر تن در سه مرحله ارزیابی

مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجزور تا
۰/۲۷۰	۱	۰/۲۷۰	۰/۲۷۵	۰/۶۰۴	-
۲۳/۵۱۱	۱	۲۳/۵۱۱	۱۱/۶۰۸	۰/۰۰۲	۰/۲۹۳



نمودار شماره ۱: میانگین مؤلفه رضایت از اعضای بدن در سه مرحله ارزیابی

در مؤلفه تصویر تن نیز نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت اولیه بین دو گروه در مرحله پیش آزمون معنی‌دار نیست ($p=0/۸۶۸$)، اما در مرحله پس آزمون و پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0/۰۰۰۱$) برای این اساس مشخص می‌شود که اثر مداخله شناختی رفتاری خانواده‌مدار بر بهبود تصویر تن منجر به تفاوت معنی‌دار پس از ارائه مداخله بین دو گروه شده است و همچنین این اثربخشی در مرحله پیگیری (۲ ماه پس از اتمام مداخله) نیز ماندگار بوده است ($p=0/۰۰۰۱$). نمودار شماره ۲ میانگین مؤلفه رضایت از تصویر تن را در سه مرحله ارزیابی ارائه می‌دهد.



نمودار شماره ۲: میانگین مؤلفه تصویر تن در سه مرحله ارزیابی

رضایت از بدن آن‌ها مرتبط است تا به وضعیت واقعی وزن آن‌ها. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده در بهبود تصویر بدنی نتایج نشان داد که مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده تفاوت معنی‌داری را در پس آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و کنترل ایجاد کرده است. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است (۳، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۹، ۴۰). یافته‌های پژوهش‌ها از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود تصویر بدن حمایت کردند و نشان دادند درمان شناختی رفتاری برای افراد با درجات متفاوت از اختلال تصویر بدنی مناسب است.

اگرچه مطالعه‌ای متناقص با نتایج این مطالعه وجود نداشت، اما این مطالعات همسو از لحاظ روش شناختی، ابزار استفاده شده و نیز نحوه نمونه‌یابی با مطالعه حاضر متفاوت بوده‌اند و نیز در جوامع دیگری انجام گرفته‌اند و از طرفی مسائل فرهنگی نقش مهمی در مسأله مورد بررسی در این مطالعه دارند.

در تبیین یافته‌های مطالعه در دو ابزار که هر دو در ارتباط با خودانگاره بدنی هستند، می‌توان گفت تصویر بدنی به عنوان یکی از اجزای اصلی خودانگاره دارای ابعاد روانی-اجتماعی مهمی است و تحت تأثیر مداخلات روانشناختی قرار می‌گیرد (۴۱). هم‌چنان که Lee و همکاران (۴۲) نشان دادند، چاقی و عوامل مرتبط با آن همچون اضافه وزن، پرخوری و تلاش برای کاهش وزن همه نشانه‌هایی از نقص در تصویر بدنی در افراد چاق می‌باشد. بر اساس نظریه شناختی-رفتاری، درجه‌ی ارزیابی افراد از ظاهر خود بستگی به طرحواره‌هایشان در رابطه با ظاهر بدنی دارد (۴۳) و از آن‌جا که تصویر بدنی معیوب بیش‌تر بازتاب شناخت‌های مرتبط با ظاهر است تا واقعیت بدنی، به نظر می‌رسد این مسأله موضوع مناسبی برای برنامه‌های درمان شناختی رفتاری باشد برنامه درمان شناختی رفتاری با شناسایی خطاهای منطقی و تحریفات شناختی مربوط به ظاهر بدنی و اصلاح آن‌ها از طریق تکنیک‌های شناختی به‌طور معنی‌داری

سطوح بالای اشتغال ذهنی مراجعین را در رابطه با ظاهرشان کاهش می‌دهد (۲۸). در این زمینه، Cooper و همکاران (۴۴) استدلال می‌نمایند که مداخلات متمرکز بر افکار و رفتارهای مربوط به تصویر بدن، سودمندی بالایی در بهبود رضایت از تصویر بدن دارند.

از سوی دیگر BMI نقش علی مهمی در تجربه خودانگاره منفی در کودکان دارای اضافه وزن دارد (۴۵). نتیجه این پژوهش همسو با شواهد قبلی است که در نتایج آن‌ها بهبود رضایت از تصویر بدن از پیامدهای مهم مداخلات کاهش وزن بوده است (۴۶-۴۹) در واقع کاهش وزن به تنهایی یکی عامل مهم در بهبود وضعیت رضایت از تصویر تن در افراد می‌باشد. هم‌چنین، برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند واکنش پدر و مادر نسبت به وضعیت وزن کودکان (به عنوان مثال، پذیرش، نگرانی، یا انتقاد) میانجی مهمی در رابطه بین وضعیت وزن و تصویر خود است (۵). در بسیاری از مطالعات بر نقش عوامل روانی درون خانواده در سبب‌شناسی و پیامدهای روانی اجتماعی چاقی توجه محدودی شده است. در این راستا چندین مطالعه ارتباط معنی‌داری را بین غفلت والدین و چاقی کودکان نشان داده‌اند (۵۰). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر خانواده از طریق کمک به خانواده‌ها در جهت تغییر سبک زندگی با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی و رفتاری، موجب کاهش اضافه وزن و بهبود وضعیت جسمی و بهداشت روانی کودکان چاق می‌گردد (۳، ۵۱-۵۱).

مداخلات مبتنی بر خانواده به عنوان استاندارد طلایی در درمان چاقی کودکان در نظر گرفته می‌شود. با توجه به نقش والدین به عنوان اشخاص با نفوذ و الگوهای عینی برای رفتارهای مرتبط با وزن کودکان، مشارکت آن‌ها در این درمان‌ها ضروری است. پزشکان در این موقعیت‌ها، تغذیه و فعالیت کودکان را به طور غیر مستقیم از طریق والدین تحت تأثیر قرار می‌دهند. با بزرگتر شدن و کسب استقلال بیش‌تر کودکان تعامل مستقیم با آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. نظریه این که محیط

خانه و روابط خانوادگی نقش کلیدی در تغییر رفتار دارد، دیگر اعضای خانواده نیز به مشارکت در درمان تشویق می‌شوند (۵۲) در واقع والدین از طریق تغییر شیوه فرزندپروری و همچنین مدیریت عملکرد خانواده تأثیر مهمی در ساخت سبک زندگی سالم برای کودکان خود دارند (۵۴) از این رو به منظور تنظیم یک شیوه زندگی سالم، باید الگوهای فکر کردن، میزان فعالیت بدنی و رفتار خوردن کودکان چاق و خانواده آن‌ها باید تغییر یابد. برای اثربخشی درازمدت درمان لازم است تا راهبردهای مقابله‌ای و مهارت‌های اجتماعی به کودکان چاق با اعتماد به نفس ضعیف و خودکنترلی پایین آموزش داده شود (۳). مشارکت والدین و حمایت آن‌ها نیز در موفقیت درمان سهم بسزایی دارد (۳) از آن جا که طرحواره‌های مربوط به اعضای بدن نسبتاً دیرپا و مستحکم هستند لذا مداخله‌های طولانی‌تر قابلیت ایجاد تغییر پایدار را دارند. در مجموع، نتایج حاصل از مقیاس درجه‌بندی شکل بدن و پرسشنامه رضایت از بدن بیانگر اثربخشی درازمدت درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در بهبود تصویر تن کودکان مبتلا به چاقی و اثربخشی کوتاه مدت در رضایت از اعضای بدن بود و در نهایت می‌توان این چنین استنباط کرد که درمان شناختی رفتاری خانواده‌مدار در اصلاح تصویر خود کودکان مبتلا به چاقی مؤثر بوده است اما تقویت این مداخله به

منظور تداوم اثرات این درمان در طولانی مدت ضروری است. این پژوهش واجد محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. دوره پیگیری به دلیل نداشتن زمان کافی کوتاه بود. به علت آغاز درمان بعد از تعطیلی مدارس و فاصله بین جلسه‌های گزینش و جلسه اول درمان در ابتدای درمان ریزش نمونه رخ داد. لذا حجم کوچک نمونه باعث محدودیت در تعمیم یافته‌ها می‌شود. عدم حضور پدران در جلسات والدین به دلیل شرایط شغلی تأثیر جلسات را تا حدی کاهش داد و با توجه به حضور دو گروه سنی متفاوت ناگزیر به تشکیل دو گروه مجزا شدیم.

به منظور رفع محدودیت‌هایی که ذکر شد پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی دقیق‌تر و واریسی میزان تعمیم پذیری یافته‌ها، پژوهش‌هایی با تعداد آزمودنی‌های بیشتر انجام گیرد و پیگیری‌های طولانی مدت نیز به منظور تعیین اثربخشی درمان و پایداری نتایج در درازمدت صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های تکمیلی با مورد توجه قرار دادن نقش جنسیت و سن و همسازی بر اساس BMI انجام گیرد. در مطالعات مربوط به کودکان جهت پاسخ‌دهی دقیق‌تر از ابزارهای غیرخودگزارشی نظیر مصاحبه‌های مربوط به تصویرتن استفاده شود. اجرای پژوهش‌های مشابه روی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر و انجام درمان روی یک گروه واحد از پیشنهادات کاربردی دیگر در این پژوهش می‌باشد.

References

1. Simons J, Capio CM, Adriaenssens P, Delbroek H, Vandenbussche I. Self-concept and physical self-concept in psychiatric children and adolescents. *Res Dev Disabil* 2012; 33(3): 874-881.
2. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004; 1(1): 43-56.
3. Vos RC, Wit JM, Pijl H, Kruijff CC, Houdigk EC. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment in children with obesity: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2011; 12: 110.
4. Ip K, Jarry JL. Investment in body image for self-definition results in greater vulnerability to the thin media than does investment in appearance management. *Body Image* 2008; 5(1): 59-69.
5. Davison KK, Birch LL. Processes Linking weight status and self- concept among girls

- from ages 5 to 7 years. *Dev Psychol* 2002; 38(5): 735-748.
6. Davison KK, Birch LL. Weight Status, Parent Reaction, and Self-Concept in Five-Year-Old Girls. *Pediatrics* 2001; 107(1): 46-53.
 7. Abolghasemi A, Jafari E. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Body Image and Self-Efficacy in Girls with Bulimia Nervosa. *J Clin Psychol* 2012; 4(2)(14): 29-37.
 8. Rajabi S, Hashemi J, Pezeshk S. Developing and Assessing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Programs on Body Image in Children with Cancer. *MEJDS* 2013; 4(9): 28-35.
 9. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28(1): 69-87.
 10. Finelli G, Gallipoli P, Celentano E, Cacace G, Saldalamacchia G, De Caprio C, et al. Assessment of physical activity in an outpatient obesity clinic in southern Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2005; 16(3): 168-173.
 11. Bibiloni Mdel M, Pich J, Pons A, TUR JA. Tur A. Body image and eating patterns among adolescents. *BMC Public Health* 2013; 13: 1104.
 12. Vos RC, Huisman SD, Houdijk EC, Pijl H, Wit JM. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. *Qual Life Res* 2012; 21(9): 1587-1594.
 13. Tsiros MD, Sinn N, Brennan L, Coates AM, Walkley JW, Petkov J, et al. Cognitive behavioral therapy improves diet and body composition in overweight and obese adolescents. *Am J Clin Nutr* 2008; 87(5): 1134-1140.
 14. Crocker MK, Yanovski JA. Pediatric Obesity: Etiology and treatment. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2009; 38(3): 525-548.
 15. Marien WE, Storch EA, Geffken GR, Murphy TK. Intensive family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: applications for treatment of medication partial-or nonresponders. *Cogn Behav Pract* 2009; 16(3): 304-316.
 16. Christensen JR, Faber A, Ekner D, Overgaard K, Holtermann A, Sogaard K. Diet, physical exercise and cognitive behavioral training as a combined workplace based intervention to reduce body weight and increase physical capacity in health care workers-a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 671.
 17. Smolak L, Levine MP, Schermer F. Parental input and weight concerns among elementary school children. *Int J Eat Disord* 1999; 25(3): 263-271.
 18. Pierce JW, Wardle J. Self esteem, parent appraisal and body size in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34(7): 1125-1136.
 19. Wilfley DE, Kolko RP, Kass AE. Cognitive Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2011; 20(2): 271-285.
 20. Ward DS, Vaughn AE, Bangdiwala KI, Campbell M, Jones DJ, Panter AT, et al. Integrating a family-focused approach into child obesity prevention: Rationale and design for the My Parenting SOS study randomized control trial. *BMC Public Health* 2011; 11: 431.
 21. Tsiros MD, Sinn N, Coates AM, Howe PR, Buckley JD. Treatment of adolescent overweight and obesity. *Eur J Pediatr* 2008; 167(1): 9-16.

22. Epstein LH, Wing RR, Woodall K, Penner BD, Kress MJ, Koeske R. Effects of family-based behavioral treatment on obese 5- to 8-year-old children. *Behavior Therapy* 1985; 16(2): 205-212.
23. Roelofs J, Muris P, Braet C, Arntz A, Beelen I. The structured clinical interview for DSM-IV Childhood Diagnoses (Kid-SCID): First psychometric evaluation in a Dutch sample of clinically referred youths. *Child Psychiatry Hum Dev* 2015; 46(3): 367-375.
24. Chang G, Ratichek SJ, Recklitis C, Syrjala K, Patel S, Harris L, et al. Children's psychological distress during pediatric HSCT: Parent and child perspectives. *Pediatr Blood Cancer* 2012; 58(2): 289-296.
25. van Steensel FJ, Bogels SM, de Bruin EI. Psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorders: A Comparison with Children with ADHD. *J Child Fam Stud* 2013; 22(3): 368-376.
26. Varnado JL. The effects of media exposure on body satisfaction, beliefs about attractiveness, mood and bulimic symptomatology among college women. USA: University of North Texas; 2000.
27. Zanjani Z, Goudarzi MA. Validity and reliability of Standard Figural Stimuli Scale in group of students in Shiraz, southern Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(2)(38): 149-155 (Persian).
28. Butters JW, Cash TF. Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(6): 889-897.
29. Palmeira AL, Branco TL, Martins SC, Minderico CS, Silva MN, Vieira PN, et al. Change in body image and psychological well-being during behavioral obesity treatment: Associations with weight loss and maintenance. *Body Image* 2010; 7(3): 187-193.
30. Marco J H, Perpina C, Botella C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Res* 2013; 209(3): 619-625.
31. Diamond G, Josephson A. Family-based treatment research: A 10-Year Update. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(9): 872-887.
32. Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(2): 263-269.
33. Tan S-Y, Yew W-P. The relationship between body dissatisfaction and eating disorder among exercisers. *SEGi Review* 2012; 5(1): 132-156.
34. Carter-Edwards L, Bastian LA, Revels J, Durham H, Lokhnygina Y, Amamoo MA, et al. Body image and body satisfaction differ by race in overweight postpartum mothers. *J Womens Health (Larchmt)* 2010; 19(2): 305-311.
35. Wadden TA, Sarwer DB, Arnold ME, Gruen D, Oneil PM. Psychosocial status of severely obesity patients before and after bariatric surgery. *Problem in General Surgry* 2000; 17(2): 13-22.
36. Pallan MJ, Hiam LC, Duda JL, Adab P. Body image, body dissatisfaction and weight status in south asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11: 21.
37. Chen L-J, Fox KR, Haase AM. Body shape dissatisfaction and obesity among Taiwanese adolescents. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008; 17(3): 457-460.
38. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self-esteem, depression and body satisfaction

- with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7: 80.
39. Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D. Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy* 1989; 20(3): 393-404.
 40. Rosen JC, Cado S, Silberg NT, Srebnik D, Wendt S. Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy* 1990; 21(4): 481-498.
 41. Brown B. Body image and femininity. *Br J Med Psychol* 2001; 59: 279-287.
 42. Lee W, Kim S, cho Y. Obesity-related quality of life and distorted self-body image in adults. *Appl Res Qual Life* 2013; 8(1): 87-100.
 43. Hrabosky JJ, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image* 2009; 6(3): 155-163.
 44. Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Cognitive behavioral treatment of obesity: A clinician's guide. New York: Guilford Press; 2003.
 45. Hesketh K, Wake M, Waters E. Body mass index and parent-reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28(10): 1233-1237.
 46. Sarwer DB, Grossbart TA, Didie ER. Beauty and society. In: Kaminer MS, Dover JS, Arndt KA, editors. 3rd ed. *Atlas of cutaneous aesthetic surgery*. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
 47. Heinberg LJ, Thompson JK, Matzon JL. Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: is some distress beneficial? Stiegel-Moore RH, Smolak L, (eds). *Eating disorders: innovative directions in research and practice*. Washington (DC): American Psychological Association, 2001.
 48. Riley NM, Bild DE, Cooper L, Schreiner P, Smith DE, Sorlie P, et al. Relation of self-image to body size and weight loss attempts in black women. *Am J Epidemiol* 1998; 148(11): 1062-1068.
 49. Levy AS, Heaton AW. Weight control practices of US adults trying to lose weight. *Ann Intern Med* 1993; 119(7 pt 2): 661-666.
 50. Lissau I, Sorenson TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994; 343(8893): 324-327.
 51. Danielsena YS, Nordhusa IH, Júlíusson PB, Mæhled M, Pallesen S. Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7—13): A randomised waiting list controlled. *Obes Res Clin Pract* 2013; 7(2): e116—e128.
 52. Skelton JA, Buehler C, Irby MB, Grzywacz JG. Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *Int J Obes* 2012; 36(7): 891-900.
 53. Kelishadi R, Azizi-Soleiman F. Controlling childhood obesity: A systematic review on strategies and challenges. *J Res Med Sci* 2014; 19(10): 993-1008.
 54. Wen LM, Simpson JM, Baur LA, Rissel C, Flood VM. Family functioning and obesity risk behaviors: Implications for early obesity intervention. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19(6): 1252-1258.